

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THÈSE

N° 145

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Paul-Gabriel MEYRIGNAC

Né le 6 Décembre 1912, à Paris (1^{er})

Présentée et soutenue publiquement le

24 MAI 1944
19

THORACO-LAPARO
PHRENOTOMIE
POUR
HERNIE DIAPHRAGMATIQUE
TRAUMATIQUE

Président : J. LEVEUF, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1944

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **MEYRIGNAC.**

Prénoms : **Paul-Gabriel.**

(éventuellement) :

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

MEYRIGNAC (Paul-Gabriel).

— Thoraco-Laparo-Phrenotomie pour Hernie Diaphragmatique Traumatique. — *Paris, Librairie Amédée Legrand et Jean Bertrand, 1944, in-8° r., 32 pages.*

(Thèse Méd. (Etat), Paris, 1944
(n°)).

MEYRIGNAC (Paul-Gabriel).

— Thoraco-Laparo-Phrenotomie pour Hernie Diaphragmatique Traumatique. — *Paris, Librairie Amédée Legrand et Jean Bertrand, 1944, in-8° r., 32 pages.*

(Thèse Méd. (Etat), Paris, 1944
(n°)).

MEYRIGNAC (Paul-Gabriel).

— Thoraco-Laparo-Phrenotomie pour Hernie Diaphragmatique Traumatique. — *Paris, Librairie Amédée Legrand et Jean Bertrand, 1944, in-8° r., 32 pages.*

(Thèse Méd. (Etat), Paris, 1944
(n°)).

MEYRIGNAC (Paul-Gabriel).

— Thoraco-Laparo-Phrenotomie pour Hernie Diaphragmatique Traumatique. — *Paris, Librairie Amédée Legrand et Jean Bertrand, 1944, in-8° r., 32 pages.*

(Thèse Méd. (Etat), Paris, 1944
(n°)).





FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Paul-Gabriel MEYRIGNAC

Né le 6 Décembre 1912, à Paris (1^{er})

Présentée et soutenue publiquement le 19.....

THORACO-LAPARO
PHRENOTOMIE
POUR
HERNIE DIAPHRAGMATIQUE
TRAUMATIQUE

Président : J. LEVEUF, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1944

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale

Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale }

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de
 l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale }

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements }

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire }

ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 PASTEUR-VALLERY
 RADOT.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 N...
 LEVY-VALENSI.
 Henri BENARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 LOEPER.
 RATHERY.
 LEREBoullet.
 N...

LAINGEL-LAVASTINE
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 N...
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 LEVY-SOLAL.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 HARVIER.
 LEMAITRE.
 N...
 M. VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.
 N...
 HAZARD.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER .. Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.) .. Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{me} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 DE GENNES ... Pathologie chirurgicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie experimen-
 tale.
 LENEGRE Pathologie médicale.
 M^{me} J. LEVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-
 gicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . Méd. lég.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 HUGUENIN Anat. pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET
BRULE		BROCQ
CATHALA		CADENAT
CHABROL		GATELLIER
CHEVALLIER ..		de GAUDART
DONZELOT		d'ALLAINES..
DUVOIR		LEVEUF
GASTINEL		MOULONGUET..
LAROCHE (G.)..		MOURE
LIAN		QUENU
MOREAU		FEY
SEZARY		

M M.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

*Sa vie sera un exemple pour moi.
Ses sages conseils seront toujours présents à ma mémoire.*

A MON PERE ET A MA MERE

*En témoignage de ma profonde affection
et de toute ma reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. LEVEUF

Chirurgien des Enfants-Malades

Respectueux hommages de reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

AU DOCTEUR OLIVIER MONOD
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Assistant du service de Chirurgie Thoracique
de l'Hôpital Laënnec

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a si amicalement guidé dans la
mise en œuvre de nos documents.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX BERGER

*Il a été notre premier Maître dans les
hôpitaux et n'a cessé depuis de nous
prodiguer ses conseils et ses encourage-
ments affectueux. Nous le prions de
trouver ici l'expression de notre grati-
tude et de notre respectueux attache-
ment.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARIETY

Professeur agrégé à la Faculté de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR PRUVOST

Médecin à l'Hôpital Laënnec

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARRIER

Chirurgien à l'Hôpital Bichat

INTRODUCTION

L'observation de hernie diaphragmatique qui fait l'objet de notre travail, n'a pas la prétention d'exposer d'idées nouvelles dans le traitement de cette affection. Mais elle est un exemple de ce que les méthodes et les doctrines actuelles correctement appliquées peuvent donner comme résultats en présence d'une lésion qui ne bénéficiait pas constamment d'un traitement correct.

Depuis les travaux du Professeur SCHWARTZ et la thèse du Professeur Jean QUÉNU, en 1919 et 1920; depuis le rapport magistral de MÉNÉGAUX et COSTANTINI en 1935, une méthode et des techniques ont été codifiées, qui permettent constamment d'obtenir chirurgicalement d'excellents résultats. En demandant à tous les moyens d'investigation modernes de nous fournir le maximum de détails anatomiques avant l'intervention, nous arrivons à poser des indications nettes et précises et à obtenir des succès tels que ceux qui ont été récemment publiés; et nous citerons parmi les observations les plus récentes, celles de MM. Pierre DUVAL (1939), CHIFOLIAU (1939), LEBEL (1939), LERICHE (1941), AMELINE (1941), SAUVÉ (1941), DE LA MARNIERRE et POULIQUEN (1941), GRIMAULT (1942), BANZET (1942), GUIBAL (1943) et GOYER (1943), pour ne colliger que les cas de hernies diaphragmatiques traumatiques publiés à l'Académie de Chirurgie depuis le remarquable rapport de MÉNÉGAUX et COSTANTINI en 1935.

L'intervention que nous rapportons ci-dessous a été menée suivant les principes et avec les directives de simplicité auxquelles restent attaché le nom du Professeur Pierre DUVAL. C'est précisément parce qu'elle est tout à fait classique, que nous exposons le détail de ce cas comme un exemple de ce qui peut être fait dans un service de chirurgie générale, sans instrumentation particulière, sans outillage coûteux, sans anesthésie d'exception.

Le principe même de la thoraco-phréno-laparotomie d'emblée pourra être discuté par certains auteurs; nous avons l'intention de le défendre à propos de ce cas, forts de la grande facilité que l'opérateur a trouvée à intervenir à la fois par le thorax et par l'abdomen, de la simplicité et de la rapidité de l'opération, de la perfection de la guérison.

OBSERVATION

M. B..., 34 ans, sous-officier de carrière au ...^e régiment de cavalerie.

Blessé par un éclat d'obus dans les premiers jours de juin 1940, M. B... a été transporté dans une ambulance où le diagnostic de plaie thoraco-abdominale avec hernie diaphragmatique a été immédiatement porté. Les circonstances ont fait qu'il n'a pas été opéré immédiatement; un hémothorax s'est produit, a été ponctionné, a guéri sans surinfection. Jusqu'au mois de juin 1942, le malade ne ressent pratiquement aucun trouble et mène une vie active et fatigante. Puis, apparaissent quelques douleurs dans la partie inférieure gauche du thorax. Ces douleurs sont peu intenses et affectent le caractère de pesanteur après les repas. Le malade maigrit et se sent fatigué, ce qui l'amène à consulter, craignant d'être tuberculeux. Le Docteur BABOU, de Châlons-sur-Marne, examinant le malade au bout de trois mois de ces troubles qui vont en s'accroissant, reconnaît immédiatement la hernie diaphragmatique et conseille une intervention chirurgicale. A l'examen, on est en présence d'un malade en bon état général musclé. Il porte la cicatrice de l'orifice d'entrée du projectile sous le mamelon gauche et celle, plus large, d'un orifice de sortie sur la ligne axillaire postérieure au niveau de la 9^e côte.

La radiographie simple de face (juillet 1942) montre

à la base gauche une série d'opacités confuse dans lesquelles on reconnaît :

- 1° l'absence de coupole diaphragmatique;
- 2° une image claire, externe avec le dessin des bosselures coliques;
- 3° au niveau et en dehors de la pointe du cœur une image régulière, arrondie, aéro-liquidienne, qui est très certainement l'estomac.

La radiographie de profil indique que l'image gastrique est à la fois antérieure et postérieure à la clarté colique. Il y a une poche postérieure, tubérositaire, et une poche antérieure, qui est le corps de l'estomac renversé autour d'un axe transversal. Après ingestion de bouillie barytée, on voit l'image classique de l'estomac en cascade : une poche supérieure, qui contient d'ailleurs du liquide de stase à jeun, et, située nettement au-dessus du niveau du diaphragme, une poche inférieure animée de contractions reproduit l'image typique de la moitié inférieure de l'estomac. Après lavement opaque on constate qu'une anse colique se dessine dans le champ pulmonaire gauche le long de la paroi thoracique jusqu'à la 6° côte.

Les tomographies n'ont pas montré comme on l'espérait, quelle était la situation exacte de l'orifice diaphragmatique; mais, par contre, elles ont permis de constater que les viscères herniés prenaient en arrière le contact avec la paroi costale.

La radiographie de face montre, en outre, que les champs pulmonaires sont absolument normaux et que la 9° côte présentait, à 15 centimètres de l'apophyse transverse, une solution de continuité en rapport avec la blessure originelle.

Les organes herniés sont en grande partie réductibles. Les clichés debout montrent que le pôle supérieur

de la hernie ne dépasse pas la 9^e côte en dehors et la 10^e côte en dedans. Alors qu'en Trentelenburg l'estomac remonte jusqu'à la 7^e côte et le côlon jusqu'à la 6^e.

On observe d'ailleurs une tendance à la réduction spontanée de cette éviscération thoracique, sur les clichés successifs que nous présente le blessé. En effet, la radiographie debout du 11 novembre 1940 montre un diaphragme qui remonte jusqu'à la 7^e côte et un estomac dans le 7^e espace. En juin 1942, le champ pulmonaire est libre jusqu'à la 8^e côte; au moment de l'opération il l'est, en position debout du moins, jusqu'à la 9^e. Bref, on est en présence d'une hernie traumatique par plaie du diaphragme, avec réductibilité partielle des viscères et tendance probable de l'orifice à se rétrécir à mesure que le diaphragme reprend sa tonicité et s'abaisse. L'intervention est donc décidée.

INTERVENTION

Thoraco-phréno-laparotomie d'emblée. 14 août 1943
(Docteur Olivier MONOD).

Anesthésie : 2 comprimés de sonéryl (0 gr. 20) ont été administrés la veille au soir et deux comprimés 1 h. 30 avant l'intervention. Une injection de scophédal a été faite 45 minutes avant l'opération. L'anesthésie proprement dite a été assurée par une injection d'évipan (1 gr.) et une très petite quantité de chloroforme, à la fin de l'intervention.

L'incision suit le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, à gauche, à partir de l'ombilic. Au niveau du rebord costal, elle se coude pour suivre le 6° espace intercostal. On sectionne le rebord costal, on lie la branche de l'artère mammaire interne qui chemine entre le rebord costal et l'insertion du diaphragme. On ouvre la plèvre et le péritoine. Un écarteur de Tuffier s'appuie de part et d'autre sur le rebord cartilagineux sectionné.

Le péritoine est entièrement libre; on voit les viscères herniés s'enfoncer dans un orifice de la coupole diaphragmatique gauche. La plèvre est libre dans sa moitié supérieure. Le lobe supérieur se rétracte complètement sauf la lingula. Le lobe inférieur est adhérent aux organes ectopiés, ainsi que le péricarde. L'exploration manuelle

rend compte de la présence dans le thorax, de l'estomac (grosse tubérosité presque en entier et partie supérieure du corps. Le cardia et la partie inférieure de l'estomac sont abdominaux. Le corps a subi un retournement qui met sa grande courbure en haut et sa face postérieure en avant). La partie terminale du côlon transverse et la rate sont également dans le thorax. L'angle colique lui-même est resté fixé dans l'abdomen par ses ligaments propres.

Les adhérences, on le constatera au cours de la libération, sont très solides, très nombreuses, fibreuses, non vasculaires.

On sectionne le diaphragme depuis le rebord costal jusqu'à l'anneau. On libère les organes sous le contrôle constant de la vue, tantôt par en dessus, tantôt par en dessous. On se rend compte de la facilité et de la sécurité qu'offre ainsi l'opération, menée à la fois par le thorax et par l'abdomen. L'hémostase est assurée chemin faisant, de façon minutieuse. L'estomac est séparé de l'anneau, du poumon, du péricarde, de la paroi thoracique postérieure à laquelle il était adhérent, du côlon enfin.

Le côlon est libéré de l'anneau, du poumon, de la plèvre postérieure. On a réservé pour la fin de l'opération la libération de la rate; on présume que ce décollement sera sanglant, et rompra l'organe, ce qui arrive en effet. Mais une splénectomie rapide est devenue facile à cette étape de l'opération.

On achève la libération des adhérences des organes abdominaux entre eux. On suture le péritoine pré-rénal qui a été ouvert et le feuillet antérieur du mésocôlon de l'angle gauche.

La réduction achevée, on avive les bords de l'orifice. Celui-ci est peu étendu d'avant en arrière, mais va trans-

versalement de l'orifice œsophagien qu'il atteint presque jusqu'à 2 cm. de la paroi externe. On le suture en palette à la soie, à points séparés, de la profondeur à la superficie.

On résèque 2 cm. du rebord cartilagineux antérieur, ce qui facilite la fermeture du thorax sans chevauchement du cartilage. On suture respectivement le rebord costal, l'espace intercostal, la paroi abdominale.

On a fait, chemin faisant, une pleurotomie à minima déclive, postérieure, étanche, irréversible. Par ce drainage on fera pendant 5 jours après l'opération, une aspiration continue (dépression de 60 cm. d'eau) qui évacuera 650 gr. en tout de liquide sérohématique.

La plaie cicatrise par première intention, le malade quitte l'hôpital le 42^e jour.

Le diaphragme gauche était alors en situation absolument normale, plus bas que la coupole droite. La coupole gauche était légèrement mobile, et se contractait à l'inspiration. Le poumon gauche avait repris son expansion et sa clarté normales. Il ne subsiste radiologiquement qu'un comblement du cul-de-sac gauche. En avril 1944, la guérison persiste. Le blessé se livre à des travaux de force prolongés.

DISCUSSION DE L'OBSERVATION

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre longuement sur la *discussion pathogénique*. L'étiologie est évidente, la hernie diaphragmatique a été reconnue d'emblée; elle a été bien tolérée jusqu'au moment où le diaphragme s'abaissant, l'anneau se rétrécissant, des manifestations cliniques sont venues attirer l'attention. La série des clichés que nous avons examinés nous permet de saisir sur le vif la coïncidence entre la réduction progressive de la hernie avec rétrécissement de l'anneau, et le début des troubles qu'a présentés le blessé.

L'étude anatomique qui a pu être faite, tant avant l'intervention qu'au moment de l'acte opératoire, a confirmé que la lésion répondait au type classique : l'anneau avait des bords fibreux, minces, solides, supportant bien la suture. Il n'y avait pas de sac. Le contenu était l'estomac, basculé comme habituellement; la grosse tubérosité était en grande partie intra-thoracique et adhérente à la plèvre costale en arrière. Elle avait sans doute glissé grâce à la laxité du tissu cellulaire qui la sépare de la coupole diaphragmatique. La partie du côlon prolabée était la terminaison du transverse coudé en épingle à cheveux et simulant un angle gauche. L'intervention a montré que l'angle gauche, à proprement parler, était resté abdominal et l'anatomie nous permettrait difficilement de comprendre qu'il en fut autrement en raison des solides moyens de fixité du côlon à cet endroit.

Presque tous les opérateurs mentionnent que la hernie contenait « l'angle gauche » du côlon. Nous croyons que c'est une légère impropriété de langage, due à la forme en épingle à cheveux que prend forcément le côlon transverse hernié.

Les adhérences n'étaient pas généralisées, mais les trousses existants étaient extrêmement solides.

Le cœur était resté en place, le poumon gauche nullement altéré, devait ultérieurement reprendre sa forme et son volume.

Cliniquement aussi, notre observation est tout à fait classique : d'abord muette, la hernie diaphragmatique se manifeste par des douleurs et de légers troubles dyspeptiques, par de l'amaigrissement et de l'asthénie, au moment où le diaphragme reprenant sa tonicité, l'anneau se rétrécit.

Enfin au point de vue diagnostic, aucune difficulté ne s'est présentée. Par les antécédents et l'image radiographique typique, on a pu déterminer correctement à l'avance, la nature des organes herniés, la réductibilité partielle, la présomption d'adhérences, l'absence probable de lésions viscérales gastriques, coliques ou pulmonaires, enfin le siège et les dimensions de l'orifice.

TRAITEMENT

L'indication opératoire a paru indiscutable car dans l'état actuel des choses l'enseignement que l'on retire des travaux de SCHWARTZ et QUÉNU, du rapport de MÉNÉGAUX et COSTANTINI, de la discussion récente à l'Académie de Chirurgie, permet d'établir qu'une hernie diaphragmatique traumatique, doit être opérée, sauf contre-indications.

Or dans notre observation le début des troubles subjectifs, le rétrécissement récent de l'anneau, la crainte d'étranglement incitaient encore plus à recommander une intervention chez un sujet jeune et en parfait état général.

Voie d'abord.

Les hernies traumatiques rapportées à l'Académie de Chirurgie depuis 1935 ont été abordées de façon différente par les chirurgiens qui ont eu à les traiter. L'éclectisme des auteurs montre bien que toutes les voies peuvent être bonnes.

La VOIE ABDOMINALE pure a été la moins employée; elle suffit à GRIMAULT, parce qu'il n'y avait pas d'adhérences intra-thoraciques. BANZET s'en contente par nécessité, dans un cas d'étranglement chez une femme de 120 kilos; il réduit la hernie mais ne suture pas l'ori-

fice diaphragmatique et fait seulement une pexie de l'estomac à la paroi antérieure.

La VOIE EXCLUSIVEMENT THORACIQUE a été employée le plus grand nombre de fois. Elle permet à LERICHE de réduire l'estomac, le côlon, et de faire une splénectomie; comme dans notre cas, la rate avait été blessée et avait contracté dans le thorax des adhérences indissolubles avec la paroi postérieure. AMELINE, DE LA MARNIERRE et POULIQUEN réduisent par cette voie une anse colique, seul organe hernié. GOYER libère et réduit l'estomac et le côlon, mais son malade présente ultérieurement des séquelles digestives non négligeables, sans doute par coudure et adhérence intra-abdominale.

Dans tous ces cas le diaphragme a pu être correctement suturé; les malades ont guéri.

D'autres auteurs ont été contraints de faire une THORACO-LAPAROTOMIE DE NÉCESSITÉ. Le plus souvent l'extension de la voie d'abord, s'est faite au thorax lorsque la voie purement abdominale avait été reconnue insuffisante. C'est le conseil même qu'à la suite du Professeur Jean QUÉNU les rapporteurs du Congrès de 1935 donnent comme directive générale. CHIFOLIAU, SAUVÉ, LEBEL agissent ainsi et guérissent leurs malades dans de bonnes conditions.

Seul GUIBAL commence par une thoracotomie qu'il est obligé d'étendre à l'abdomen en raison des adhérences.

La THORACO-PHRÉNO-LAPAROTOMIE D'EMBLÉE a été beaucoup plus rarement employée. En plus des 14 cas rapportés au Congrès de 1935, nous n'en trouvons que 2 dans les mémoires de l'Académie de Chirurgie. C'est d'abord le cas du Professeur Pierre DUVAL qui concer-

nait une hernie congénitale. L'auteur insiste sur la simplicité et la rapidité de l'intervention grâce à cette voie non choquante, large, et permettant à la fois une exposition parfaite des lésions, une réduction exacte et une suture facile du diaphragme.

C'est ensuite le deuxième cas de LEBEL concernant une hernie traumatique.

Dans l'observation que nous rapportons on a décidé d'intervenir d'emblée par thoraco-phréno-laparotomie.

C'est un cas de plus à ajouter à ceux que signalent les rapporteurs au Congrès de Chirurgie de 1935 : Six auteurs avaient réalisé l'opération décrite par Messieurs SCHWARTZ et QUÉNU : ARCE 1924, SCHWARTZ 1928, HARMANT 1928, J. QUÉNU 1931, PICOT 1931, HUET 1932. Depuis, MM. DUVAL et LEBEL l'ont employée. Il s'agissait d'une hernie traumatique, donc s'accompagnant d'adhérences.

On a craint, en employant la voie abdominale pure, de ne pas réussir à réduire ou d'être obligé de décoller à l'aveugle dans le thorax. En fait, cette voie d'abord n'eût pas permis la splénectomie.

On a craint, en employant exclusivement une incision thoracique, de ne pas pouvoir libérer les adhérences qui existaient dans l'abdomen. Et l'expérience a montré en effet qu'il existait des adhérences secondaires qui maintenaient des coudures et des malpositions de l'estomac et du côlon. La voie thoracique pure n'eut pas permis une remise en place satisfaisante des viscères.

On objectera peut-être que le chirurgien eût pu intervenir d'abord par l'abdomen quitte à étendre par thoracotomie en cas de nécessité. Mais il a semblé que cette extension fut à peu près certainement nécessaire. Et

d'autre part le jour considérable et la facilité opératoire que donne dès le début de l'intervention la thoracophréno-laparotomie systématique, ont paru être des arguments assez importants en faveur de cette méthode. Elle a, en fait, permis un inventaire rapide et complet de lésions qui se sont révélées complexes. Elle a permis de dresser un plan opératoire logique réservant la splénectomie pour la fin et autorisant à tout instant une hémostase minutieuse faite sous le contrôle de la vue.

Cette méthode n'a pas semblée comporter dans le cas envisagé, de contre-indications particulières, l'état général du malade et son âge permettaient une intervention relativement importante. Le choc opératoire n'a pas été plus important que celui d'une laparotomie ou d'une thoracotomie ordinaires. Le choc, dans ces cas, résulte en grande partie de la longueur de l'intervention, des manipulations de viscères auxquelles on se livre pendant l'exploration, des tractions exercées pendant le décollement, de l'hémorragie, enfin, des ruptures épiploïques, des tiraillements sur le péricarde ou le poumon, etc...

Le gros inconvénient à notre avis des interventions par voie thoracique est constitué par l'épanchement pleural presque constant et sa surinfection fréquente, comme le signalent plusieurs observations. Ce danger est inhérent aussi bien aux interventions par voie thoracique pure qu'aux thoraco-laparotomies.

La technique de l'intervention ne saurait être détaillée ici. La partie abdominale de l'incision a été faite au bord externe du grand droit comme le préconise le Professeur LEVEUF (1931). La partie thoracique de l'incision a suivi le 6^e espace intercostal. Il s'agit, en somme, de la petite modification que CHARBONNEL a apportée à la description initiale de SCHWARTZ et QUÉNU.

Avec la thoraco-phréno-laparotomie de QUÉNU, les difficultés de *réintégration* des organes se réduisent à celles d'une dissection par voie large, avec excellente visibilité; c'est dire qu'on en viendra à bout avec un peu de patience et de soins; on n'a pas à tirer sur le péricarde, le médiastin ou le poumon; on peut faire facilement une hémostase complète surtout si l'on emploie, pour assécher les hémorragies en nappe, le bistouri électrique.

Pour la *suture du diaphragme*, cette voie mixte permet de passer les fils à la fois par le thorax et par l'abdomen, ce qui est beaucoup plus facile que par l'abdomen seul. La résection d'un ou deux centimètres du rebord costal aide beaucoup à la *fermeture* et elle empêche le chevauchement qui aurait tendance à se faire.

On n'a pas cru devoir faire préalablement à l'opération un *pneumothorax*. Le Professeur Pierre DUVAL et bien d'autres auteurs ont montré l'innocuité du pneumothorax créé au cours de l'intervention. D'ailleurs, notre blessé avait eu un hémothorax et sa plèvre n'était plus vierge.

On n'a pas cru non plus devoir *paralyser le nerf phrénique* à l'avance; et, en fait, l'intervention n'a nullement été gênée par les mouvements respiratoires. La mobilité du diaphragme est d'ailleurs récupérée actuellement. Toutefois, la lecture attentive des récents travaux consacrés à ce sujet nous a paru démonstrative en faveur de la paralysie transitoire du diaphragme par action sur le nerf phrénique, et dans un cas semblable, nous serions partisan de l'employer systématiquement. Il semble logique d'agir sur le nerf phrénique préalablement (soit par alcoolisation, avec le Professeur Pierre DUVAL, soit de préférence par novocaïnisation comme

le recommande MAURER : 1° parce qu'on profite dès le début de l'intervention, pendant le temps abdominal, de la paralysie du diaphragme) ;

2° parce qu'il arrive, comme dans le cas du Professeur AMELINE, que l'on ne puisse pas voir au cours de l'intervention la portion thoracique du nerf, perdue dans un amas d'adhérences.

On a cru devoir drainer la plèvre.

L'aspiration continue était logique pour permettre au poumon de reprendre son expansion normale ; le drainage a d'ailleurs été retiré très vite.

Le malade a été mis en position demi-assise, pour diminuer la pression des viscères abdominaux sur le diaphragme. Il a fait ensuite très consciencieusement sa rééducation fonctionnelle et organique par la gymnastique respiratoire et l'exercice physique.

CONCLUSIONS

1. — Les travaux modernes, dont les récentes publications à l'Académie de Chirurgie sont le fruit, établissent le principe de l'opération dans les hernies diaphragmatiques.

L'observation que nous publions est un exemple du résultat qu'on peut obtenir par une connaissance précise de l'anatomie pathologique et des méthodes opératoires.

2. — La thoraco-phréno-laparotomie rend l'opération facile et rapide. Elle donne une bonne exposition, permet l'exploration complète et méthodique, rend l'hémostase et la libération des adhérences plus faciles que par les autres voies.

3. — Elle facilite la conduite de l'opération dans certaines circonstances particulières (hernie de la rate et adhérence large de celle-ci).

4. — La suture du diaphragme est facilitée.

5. — Elle n'a pas plus d'inconvénients que la voie thoracique pure. Or l'ouverture du thorax est presque toujours nécessaire. La lecture des observations modernes le prouve,

6. — Le pneumothorax préalable ne semble pas nécessaire. La paralysie préalable du nerf phrénique est vivement à recommander.

7. — Notre observation ajoute un cas, à ceux, point nombreux, publiés jusqu'à ce jour.

Vu :

Le Président,
J. LEVEUF.

Vu :

Le Doyen,
BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

Nous nous bornons à donner la bibliographie de l'Académie de Chirurgie, postérieure au rapport du MM. MÉNÉGAUX et COSTANTINI (1935).

P. DUVAL. — *Académie de Chirurgie*, 22 novembre 1939, p. 1227.

CHIFOLIAU. — *Académie de Chirurgie*, 22 novembre 1939, p. 1229.

LERICHE. — *Académie de Chirurgie*, 2^e mai 1941, p. 401.

AMELINE. — *Académie de Chirurgie*, 9 juillet 1941, p. 636.

SAUVE. — *Académie de Chirurgie*, 9 juillet 1941, p. 639.

DE LA MARNIERRE et POULIQUEN. — *Académie de Chirurgie*, 15 octobre 1941, p. 664.

GRIMAULT. — *Académie de Chirurgie*, 24 juin 1942, p. 280.

BANZET. — *Académie de Chirurgie*, 24 juin 1942, p. 280.

LEBEL. — *Académie de Chirurgie*, 1^{er} juillet 1942, p. 298.

GUIBAL. — *Académie de Chirurgie*, 10 février 1943, p. 69.

GOYER. — *Académie de Chirurgie*, 14 novembre 1943, p. 210.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Observation	13
Intervention	16
Discussion de l'Observation	19
Traitement	21
Conclusion	27
Bibliographie	29



